

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 126

LE
NÉOPLASME RECTAL
CHEZ LES
JEUNES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Juin 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges AGUETTANT

né à LYON (Rhône) le 6 Janvier 1899



LYON

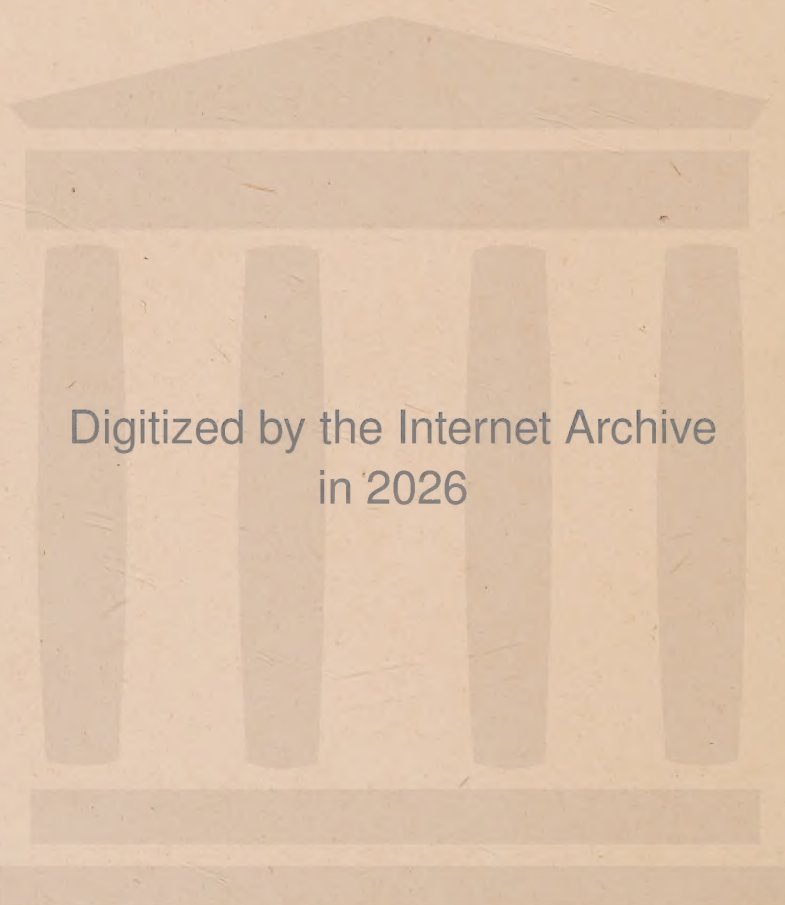
Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

LE
NÉOPLASME RECTAL
CHEZ LES JEUNES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 123

LE
NÉOPLASME RECTAL
CHEZ LES
JEUNES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Juin 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges AGUETTANT

né à LYON (Rhône) le 6 Janvier 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

Professeurs	MM.
Cliniques médicales	TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
(Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BÉRARD, *Président* ; M. PATEL, *Assesseur* ;
MM. CADE et SANTY, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

A MES PARENTS

Faible témoignage de notre profonde
affection.

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE Henry REBOUL

mort pour la France

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

Spécialement au Docteur Eugène REBOUL
qui très fraternellement nous aida dans
nos études.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur - Agrégé BÉRARD

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous l'en remercions très vivement et le prions de croire à notre respectueux dévouement.

A Monsieur le Professeur - Agrégé CADE

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et donné les conseils nécessaires pour la mener à bien. Nous sommes très heureux de le remercier de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous montrer tout le temps où nous avons suivi son service, et des enseignements médicaux si précieux que nous y avons recueillis. Nous tenons à l'assurer de toute notre sincère reconnaissance.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

LE NEOPLASME RECTAL

CHEZ LES JEUNES

PRÉAMBULE

Pourquoi avons-nous entrepris cette étude?... Certes le cancer a déjà tenté moult auteurs et de grands cliniciens. Ses nombreuses formes, ses multiples localisations sur les différents appareils de l'économie, sa marche et son évolution ont donné lieu à beaucoup et d'admirables travaux. Mais il nous a semblé que, si le cancer du rectum avait fort bien été étudié en son ensemble, aucun auteur ne s'était attaché à le considérer spécialement chez les jeunes sujets et n'avait recherché les particularités qu'il pouvait présenter chez ces malades.

Jusqu'à ces dernières années, il était généralement admis que le cancer ne se rencontrait que chez des gens ayant au moins un certain âge, et par conséquent cette étude ne semblait guère utile. Mais, maintenant que les cliniciens découvrent et que les chirurgiens extirpent des néoplasmes rectaux chez de jeunes sujets, et cela bien plus fréquemment qu'on ne pourrait le croire au premier abord, l'étude que nous

entreprenons devient singulièrement plus intéressante. D'ailleurs, à bien examiner la question, ce n'est pas aujourd'hui seulement qu'on rencontre des néoplasmes rectaux chez de jeunes sujets. Mais l'attention n'avait pas été attirée sur les cas relativement rares qui avaient été publiés, et on les avait pris pour une très rare exception de la règle du cancer ne se voyant que chez les vieux, alors qu'en réalité, si c'était une exception, elle était beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait.

Mais que faut-il donc, tout d'abord, entendre par jeunes, et ainsi à quel âge limiterons-nous les cas que nous étudierons ? Quelle est la fréquence du cancer rectal chez ces jeunes et ainsi quel est donc l'âge moyen du cancer du rectum ? Enfin, quel est le sexe le plus atteint par cette terrible maladie ?

Quelle en est la forme anatomo-pathologique la plus habituelle, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic, le traitement : autant de questions auxquelles nous allons chercher à répondre.

En un premier chapitre, nous étudierons l'âge moyen, le sexe et la fréquence du cancer du rectum et nous indiquerons la limite d'âge que nous avons adoptée. Nous transcrirons alors dans un second chapitre les observations de néoplasme du rectum chez les jeunes sur lesquelles portera notre discussion et dont nous essayerons de déduire des notions cliniques précises, commençant par les observations inédites que nous devons à MM. les Professeurs Cade, Bérard et Patel et y ajoutant les observations complètes pu-

bliées dans la littérature médicale que nous nous sommes efforcé de retrouver.

Puis, d'après ces observations, nous chercherons à distinguer, en des chapitres successifs, quelle est l'étiologie, l'évolution clinique et le diagnostic du cancer du rectum chez le jeune sujet.

Enfin, nous en étudierons le traitement et le pronostic.

PREMIÈRE PARTIE

Généralités

De toutes les localisations sur l'appareil digestif que peut présenter le cancer, celle sur le rectum est une des plus communes et nous pouvons affirmer sans crainte avec Krasting, que quatre-vingt pour cent des cancers de l'intestin sont des néoplasmes rectaux.

Aussi en opère-t-on chaque année un certain nombre dans les services hospitaliers de chirurgie, ce qui a permis de constituer des tableaux statistiques dont l'étude est fort intéressante.

Von Bergmann a observé de 1888 à 1900 cent cinquante-cinq cancers du rectum. Parmi ceux-ci :

7	malades	avaient	de	20 à 30 ans
14	—	—	—	30 à 40 ans
42	—	—	—	40 à 50 ans
50	—	—	—	50 à 60 ans
42	—	—	—	plus de 60 ans

Soixante-trois pour cent étaient des hommes et trente-sept pour cent des femmes.

Czerny, d'Heidelberg, en vingt-cinq ans, a vu deux

cent trente-huit cancers du rectum.

1 malade n'avait pas 10 ans,			
5 malades avaient de 20 à 30 ans			
11	—	—	30 à 40 ans
38	—	—	40 à 50 ans
36	—	—	plus de 50 ans

Même proportion d'hommes et de femmes que dans la statistique de Von Bergmann.

Jonnesco dit avoir opéré de cancers du rectum des malades n'ayant pas plus de vingt-sept ans.

Kocher, de Berne, a observé cent vingt-trois néoplasmes du rectum, jusqu'en 1904.

3 malades avaient de 25 à 30 ans			
9	—	—	30 à 40 ans
24	—	—	40 à 50 ans
43	—	—	50 à 60 ans
28	—	—	plus de 60 ans

Parmi eux, il y avait soixante-quinze pour cent d'hommes.

Küster, de Maburg, accuse, lui, cent vingt-six cas de 1885 à 1899.

2 malades n'avaient pas 20 ans,			
1 malade n'avait pas 30 ans,			
16 malades avaient de 30 à 40 ans			
19	—	—	40 à 50 ans
34	—	—	50 à 60 ans
54	—	—	plus de 60 ans

Poppert, de Giessen, sur soixante-quatre cas, a opéré une femme n'ayant pas trente ans.

Rotter, de Berlin, sur cent-dix malades, en a opéré

trois qui avaient le même âge et Scheede, de Bonn, en a vu deux sur soixante et un cas.

Ces statistiques nous montrent donc que, si c'est de cinquante à soixante ans que l'on rencontre le plus souvent le néoplasme du rectum et qu'il n'est plus rare à partir de la trentaine, on a vu dans tous les services des malades beaucoup plus jeunes qui en étaient atteints.

La proportion en est même relativement forte. Gristen prétend que 8 p. 100 des cas de cancer rectal se rencontrent entre treize et vingt ans. D'après Von Bergmann, 4,50 p. 100 des néoplasiques rectaux ont moins de trente ans. Il y en a 2,50 p. 100 dans le service de Czerny, 2,75 p. 100 chez Kocher, Küster et Rotter, 3,75 p. 100 enfin dans le service de Bonn. Et nous avons choisi à dessein de relativement anciennes statistiques pour insister sur ce fait que le néoplasme rectal chez le jeune a toujours été observé, mais sans qu'on lui ait porté l'attention qu'il méritait.

Les résultats des statistiques plus récentes sont absolument concordants avec celles-ci.

Jaboulay a opéré de néoplasmes rectaux, de 1897 à 1909 trois hommes de 23, 24 et 27 ans et deux femmes de 27 et 30 ans.

Le Professeur Tixier a vu un malade de 21 ans, trois de moins de 30 ans et trois autres de moins de 35 ans.

Le Professeur Bérard a opéré trois malades de 27 ans. Godin a vu un néoplasme rectal chez un garçon de 15 ans, Mayo et Gowland chez des enfants de 12 et 13 ans. Philip a réuni douze cas de cancers du

rectum entre 11 et 15 ans et Bernouilli en a trouvé vingt et un avant 20 ans.

... Nous ne pouvons citer ici toutes les statistiques, mais, de tous les documents que nous avons pu nous procurer, il ressort, en en faisant la moyenne, que dans 3,50 p. 100 du nombre total des cas, il s'agit de malades n'ayant pas plus de 30 ans.

Toujours d'après les statistiques citées plus haut, nous voyons que 70 p. 100 environ des malades sont des hommes. C'est d'ailleurs l'opinion de Quénu et Hartmann et la conclusion des travaux de Hencke, Bryant, Stierlin et Hildebrandt. Et cela ne peut étonner. Les cancers du tube digestif, en effet, affectionnent tout spécialement l'homme. D'après Zenker, le cancer de la langue n'est-il pas six fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme et celui de l'œsophage n'atteint-il pas sept hommes pour une femme.

Mais il nous faut maintenant, sans plus attendre, indiquer quel est l'âge auquel nous limiterons les sujets que nous appelons « jeunes » et, par conséquent, les observations dont nous nous servirons. Certes, il n'est pas de limite bien tranchée, de barrière nette entre les deux catégories de malades que nous cherchons à distinguer. Il n'est pas un âge en deça duquel on est jeune et au delà duquel on est vieux. Nous avons résolu d'adopter comme limite d'âge trente-cinq ans; non que l'on puisse taxer de prime jeunesse les malades ayant dépassé la trentaine, mais parce que s'acheminant par gradations insensibles vers la quarantaine, époque à laquelle ils ne sont plus « jeunes » (médicalement parlant, du

moins!) il nous fallait choisir, dans cet acheminement une limite, arbitraire, nous le voulons bien, mais qui soit pour nous un repère et une borne en l'absence de laquelle il n'y aurait pas eu de raison de ne pas prolonger la jeunesse de nos malades. De plus, comme il a été trop longtemps admis que le cancer du rectum n'était guère observé avant quarante ans et que tout au contraire nous voulons insister sur sa fréquente précocité, nous pouvons bien aussi, pour cette raison, choisir l'âge de trente-cinq ans pour séparer l'une de l'autre l'ancienne opinion erronée, de celle qui doit prévaloir aujourd'hui.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Nous allons résumer ici douze Observations de cancer du rectum chez des sujets jeunes. Nous transcrivons d'abord les observations inédites que nous possédons, puis nous leur ferons suivre les observations que nous avons recueillies dans la littérature.

Voici d'abord deux Observations prises dans le service de M. le Professeur agrégé Cade :

OBSERVATION I (*inédite*)

Esther N..., ménagère.

Entre dans le service de M. le Professeur agrégé Cade pour troubles de la défécation. Père mort d'appendicite. Est sans nouvelle du reste de sa famille restée en Russie pendant la guerre. Pas d'antécédents néoplasiques connus.

En fait de maladies de jeunesse, n'a eu que la rougeole. Rien d'autre à signaler.

La malade a eu cinq enfants : l'un mort-né, le second prématuré, et trois autres actuellement vivants et bien portants, dont le dernier vient seulement d'être sevré sur le conseil du médecin qui examinait la malade.

La malade a toujours été constipée, mais ce n'est que depuis

la naissance de son dernier né (7 mois) qu'elle a commencé à souffrir au moment de la défécation. Elle a des alternatives de diarrhée et de constipation, et ses matières contiennent des glaires muco-sanguinolentes mélangées avec quelques caillots noirs.

Au moment où elle va à la selle, la malade ressent des douleurs extrêmement vives, qui diminuent ensuite progressivement pour ne reprendre qu'à la selle suivante.

Faux besoins sans épreintes. Pendant les périodes de constipation, véritables boules fécales, extrêmement dures.

L'état général n'est pas très affecté. Amaigrissement de deux kilogs en deux mois. Affaiblissement et perte des forces. Mais l'appétit est conservé pour tout. Pas de troubles digestifs.

A l'entrée, l'état général est passable. La température oscille entre 38° et 39°.

Toucher rectal (M. Cade). — Petites hémorroïdes. Végétations dures depuis, un peu au-dessus de l'anus jusqu'à bout de doigt. Végétations de volume varié. Tout le rectum est envahi, cartonné. Depuis que la malade avait été touchée pour la première fois, un mois auparavant, les lésions ont plus que doublé.

Le ventre est un peu ballonné. On sent le colon ilio-pelvien rempli de matières fécales.

On fait passer la malade dans le service de M. le Professeur Bérard.

Le Docteur Santy lui fait une laparotomie exploratrice sous rachianesthésie. L'S iliaque est très long et très mobilisable. Il n'y a pas de ganglions dans le méso iliaque. Le néoplasme rectal ne dépasse pas le plan du périnée. Il lui fait un anus iliaque par le procédé du pont de crins.

Vingt-trois jours après, nouvelle intervention. Hystérectomie totale large. Libération de l'S iliaque et du rectum de haut en bas. Section de l'S iliaque et repli des deux bouts au ras de l'anus iliaque. Péritonisation facile au-dessus de l'S iliaque refoulé dans la cavité pelvienne et fermeture du ventre. Par le périnée, ablation large de tout le rectum et d'une partie de la paroi postérieure du vagin. Bourrage de la cavité avec des compresses de gaze.

L'examen d'un fragment prélevé sur la pièce opératoire montre qu'il s'agit d'un *épithélioma cylindrique métatypique*.

Les couches musculaires sont complètement envahies par des boyaux pseudo-glandulaires très serrés, très nombreux, et présentant des cellules fréquemment monstrueuses.

La malade, opérée il y a un mois, va maintenant bien.

OBSERVATION II

Homme de 28 ans. Rentré à l'hôpital pour troubles de la défécation. Pas d'antécédents morbides dignes d'être signalés.

A eu, il y a deux mois, et pendant un mois, une constipation opiniâtre à laquelle a fait suite il y a un mois une diarrhée sans coliques ni faux besoins. Il a des selles claires, souvent involontaires, au nombre de 15 à 20 par jour, et est très anémié.

Toucher rectal. — On constate un rétrécissement considérable, sans ulcérations ni végétations appréciables, donnant l'impression d'un véritable « tuyau de zinc », et rendant impossible un toucher profond. Ganglions inguinaux perceptibles. L'épreuve du lavement baryté montre un défaut d'imprégnation remontant jusqu'au niveau d'une ligne passant à 2 centimètres au-dessus du pubis. La baryte remonte ensuite dans le colon sigmoïde et redescend en le distendant normalement. La présence de ce rétrécissement, ses caractères, la jeunesse du sujet font d'abord penser à un rétrécissement tuberculeux, d'autant plus que la respiration du malade semble un peu plus soufflante au sommet droit et qu'il tousse depuis quelque temps.

Envoyé pour examen dans un service de chirurgie, il fait un phlegmon gangreneux et gazeux de la fosse ischio-rectale que l'on incise et qui guérit rapidement grâce au sérum anti-gangreneux.

On lui fait alors un anus iliaque. A l'ouverture, le péritoine laisse échapper un peu de liquide citrin, et on pense à l'évolution d'une péritonite bacillaire. Malgré cette intervention, le malade se cachectise très rapidement et meurt onze jours après. L'évolution de la maladie a donc duré trois mois.

Autopsie. — Il existe au niveau du rectum une tumeur ampullaire et circulaire de 6 centimètres de haut, donnant un véritable rétrécissement canaliculaire.

Au niveau du pédicule hémorrhoidal supérieur, on trouve de volumineux ganglions d'aspect néoplasique. Toute la chaîne mésentérique est également envahie, mais le foie surtout attire l'attention. De volume très augmenté, sa surface est recouverte de cicatrices blanchâtres, légèrement ombiliquées, ayant l'aspect caractéristique de métastases hépatiques, qui apparaissent nombreuses et de volumes variés à la coupe.

L'examen des poumons ne révèle pas la moindre trace de lésions tuberculeuses. Les autres organes sont intacts.

Examen histologique. — Les fragments prélevés au niveau de la tumeur rectale sont ceux d'un épithélioma cylindrique typique qui a infiltré toute l'épaisseur des tuniques musculaires.

L'examen des nodules hépatiques montre de nombreux îlots constitués par des cavités pseudo-glandulaires et des tubes cylindriques rappelant le type originel, mais constitués par des cellules polymorphes à noyaux souvent monstrueux. A la périphérie de ces îlots, on voit des cellules péoplasiques, parfois isolées et plus petites, s'infiltrer entre les travées hépatiques remaniées, comprimées, et parfois réduites à l'état de minces lamelles. En somme, il s'est agi d'un épithéliome rectal à évolution aiguë.

OBSERVATION III

La troisième Observation a été recueillie par nous dans le service de M. le Professeur Patel.

B... Louis, 35 ans.

Entre à l'hôpital pour des douleurs « au fondement » et parce qu'il a remarqué une sorte de petite tumeur qui apparaît à l'anus.

Opéré il y a un an et demi d'hémorroïdes, il éprouve depuis lors une sorte de pesanteur dans le sacrum qui dure nuit et jour, en augmentant sans cesse. Il y a un an que le malade remarqua une sorte de petit bouton apparaissant à

l'anūs sur la cicatrice de l'opération faite antérieurement. Pris d'abord pour une récidue d'hémorroïdes, il augmente sans cesse de volume, devient complètement irréductible et constitue bientôt une tumeur saillante.

La constipation est opiniâtre : le malade ne peut aller à la selle sans purgation et ne fait que des matières dures et ovilées. A la fin de la selle, il fait un peu de sang, et le tout est recouvert de glaires, analogues à du blanc d'œuf.

Depuis un mois, pollakiurie : le malade dit se lever vingt fois par nuit pour uriner et ne peut retenir son urine quand il a besoin. Urines troubles, jamais d'hématuries.

Etat général très affaibli. Teint jaune paille. Le malade a maigri de 19 kilos.

A l'examen. — Enorme masse bourgeonnante occupant la partie droite de la région ano-rectale formant une tumeur autour de laquelle on voit un disque lymphangitique et qui repose sur un placard dur que l'on perçoit facilement en mobilisant les masses charnues de la fesse. Masse saignant facilement, recouverte de membranes blanc-jaunâtre. Ganglions inguinaux. Tumeur inopérable.

On fait au malade un anus iliaque gauche définitif avec un tube de caoutchouc passé dans le mésentère. A la palpation de l'abdomen par l'ouverture opératoire, on constate la présence de très nombreux ganglions.

Deux mois après, on fait au malade des applications de radium, et on constate que la tumeur diminue. Au bout de quinze jours, le néoplasme a diminué d'un bon tiers de son volume, et, peu après, satisfait, le malade sort du service.

OBSERVATION IV

*Prise dans le service de M. le Professeur Bérard
et publiée par le Docteur Dunet*

Y. Le C..., 20 ans.

Antécédents héréditaires : néant.

Antécédents personnels : de quatre à dix ans, a eu une adénite bacillaire fistulisée ayant laissé au cou une cicatrice gaufrée très visible.

Histoire de la maladie :

a) Début. — Mobilisé avec sa classe, le malade ne commence à souffrir qu'en septembre 1917. Il ressent alors des douleurs sous-ombilicales accompagnées de ballonnement du ventre et de diarrhée, douleurs peu intenses et qui apparaissent une heure après le repas. Amaigrissement rapide consécutif à une diarrhée profuse (20 selles par jour) qui nécessite son hospitalisation en décembre 1917.

b) Etat. — Le repos et le régime l'améliorent un peu ; mais, en avril 1918, apparaît pour la première fois du sang dans les selles. Un premier toucher rectal est fait et le diagnostic de tumeur rectale posé. Le malade entre alors chez M. Bérard, à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — Malade amaigri. Troubles digestifs très accentués : anorexie complète. Les selles sont très irrégulières, et à une constipation de plusieurs jours succèdent de nombreuses selles glaireuses. Le malade est en état de sub-occlusion avec ballonnement marqué de l'abdomen.

Tenesme rectal très marqué. Dilatation sensible des veines sous-cutanées de la région sous-ombilicale. Ondes péristaltiques très visibles parcourant de bas en haut la fosse iliaque gauche. Les douleurs ressenties à ce niveau empêchent souvent tout sommeil au malade.

Toucher rectal. — Le doigt franchissant le sphincter anal tombe sur une masse bourgeonnante envahissant le rectum, surtout à gauche et bouchant en grande partie la lumière du tube rectal, ne laissant qu'un pertuis qui admet à peine l'extrémité de l'index.

A cause de l'âge et des antécédents bacillaires, on s'oriente vers le diagnostic de tuberculose rectale, mais une biopsie pratiquée le 10 mai nous donne la réponse suivante : épithélioma atypique du rectum (type carcinome).

Le 24 juin, on pratique un anus iliaque gauche aux dépens d'une anse grêle, la seule qui paraisse saine et mobilisable. On tombe sur un épiploon complètement infiltré que l'examen histologique nous révèle être un carcinome épiploïque.

Période terminale : juillet, août, septembre 1918. Une volumineuse ascite apparaît, qu'il faut ponctionner chaque

semaine. Les ganglions inguinaux ont le volume d'une noix. Pas d'autres adénopathies. Le malade s'alimente très difficilement ; l'anus iliaque fonctionne mal. Des douleurs violentes s'installent, vomissements fécaloïdes ; l'occlusion est totale. Le malade meurt le 30 septembre.

Autopsie. — Néoplasme rectal occupant la totalité de l'ampoule sur une hauteur de 12 centimètres. La tumeur est adhérente à tous les organes du petit bassin. A l'ouverture de l'abdomen s'échappent plusieurs litres de liquides laiteux. Le péritoine est complètement envahi par de fines granulations « sucre d'orge », ainsi que le grand épiploon et le mésentère.

Le foie renferme une douzaine de petits noyaux métastatiques. Le poumon droit en renferme un.

L'examen histologique de la tumeur initiale et de ses métastases montre partout la même disposition : épithélioma atypique ou carcinome.

OBSERVATION V

(Empruntée à Ronchet)

M^{me} G..., 34 ans.

Entre à l'hôpital pour des douleurs rectales le 11 août 1904. Elle fait remonter le début de sa maladie à septembre 1903. Elle s'aperçut un jour que ses selles étaient sanglantes, sans avoir rien remarqué d'anormal avant cette époque. Depuis lors, les selles continuent à être sanglantes. Alternative de diarrhée et de constipation avec prédominance de celle-ci.

Depuis un mois, douleurs très vives à l'anus, s'irradiant dans les reins, avec épreintes et faux besoins. La malade va à la selle au moins dix fois par jour, et chaque fois rend, au milieu d'efforts très pénibles, un peu de sang ou des débris fétides.

Mauvais état général. Amaigrissement considérable. Perte de l'appétit.

Toucher rectal. — Tumeur ulcéreuse du rectum, circonscrivant les trois quarts de sa circonférence. Le doigt arrive à dépasser la limite supérieure. La limite inférieure est à

3 à 4 centimètres au-dessus de l'anus. En arrière, la tumeur est fixe, adhérant probablement au sacrum.

14 avril 1904. — Opération. Amputation totale du rectum par voie abdomino-périnéale.

Examen de la pièce. — La tumeur est nettement circulaire, grosse comme une pièce de cinq francs. Elle est bourgeonnante et circonscrite par un rebord saillant. Sur la face externe du rectum, au même niveau que la tumeur, on sent une masse très épaisse, adhérente à la paroi intestinale. Plusieurs ganglions dans le tissu cellulaire.

Histologiquement, il s'agit d'un cancer épithélial à forme métatypique à cellules cylindriques.

La malade va bien et sort bientôt de l'hôpital.

16 mars 1905. — La malade, qui se présente à notre examen, va bien. Elle a repris huit kilogs. Pourtant, elle se plaint d'avoir des douleurs dans la fesse gauche. A l'examen, pas de trace de récurrence apparente.

Novembre 1905. — Une lettre du médecin de la malade nous apprend sa mort. Les douleurs signalées par la malade lors du dernier examen étaient les premiers signes subjectifs de la récurrence.

Mondor, dans sa thèse, rapporte quatre Observations d'Hartmann qui sont pour nous d'un intérêt direct. Nous allons en donner un résumé succinct :

OBSERVATION VI

Geneviève F..., 23 ans.

Il y a onze mois, après avoir perdu pendant huit jours un peu de sang parmi les garde-robes, a été prise d'une hémorragie grave (au moment où elle mettait son chapeau après dîner). Perd connaissance ; aucune douleur. L'hémorragie fut évaluée à plusieurs litres (?)

Trois quarts d'heure après, glace en application locale. La malade, très anémiée, reste au lit quinze jours. Depuis cette époque, elle a constamment envie d'aller à la selle. Pourtant, depuis la défécation est difficile et nécessite des lavements.

Toucher vaginal. — La paroi postérieure du vagin est soulevée par une tumeur dure qui remonte presque jusqu'au cul-de-sac rétro-utérin. Col petit, mobile, manifestement indépendant.

Toucher rectal. — Presque immédiatement au-dessus du sphincter, le doigt pénètre dans une cavité anfractueuse, dure, développée surtout en avant. Pour trouver le canal intestinal, il faut le contourner en arrière ; alors, défilé rétréci, inégal, qui vient sur le doigt pendant que la malade pousse.

On pratique une amputation périnéale du rectum et une résection de la paroi postérieure du vagin (carcinome ampullaire).

Dix mois après, anus iliaque pour carcinome récidivé au niveau de la fourchette vulvaire et de la fosse ischio-rectale droite.

Mort six mois après cette intervention.

OBSERVATION VII

M^{me} D..., 34 ans.

Habituellement constipée. Il y a un an et demi, la constipation augmente. Débâcles grâce à purgations. Il y a huit mois, selles douloureuses, sang mêlé aux matières pour la première fois. Les douleurs durent pendant une heure après la défécation, siègent à l'anus, irradiées dans le ventre, les lombes et les cuisses. Depuis six mois, va à la selle cinq, six fois par jour, quatre, cinq fois par nuit, pour quelques gaz et sang noirâtre. Depuis trois mois, douleurs continues dans les jambes avec maximum aux genoux ; amaigrissement, alitée depuis quinze jours.

Toucher. — Dès que le doigt est dans le canal anal, on sent une ulcération qui occupe la paroi postéro-latérale droite et remonte jusqu'à cinq centimètres environ. Bords surélevés, irréguliers et durs. Au-dessus, muqueuse saine, mais à travers la paroi rectale, on sent, dans l'excavation sacrée, un gros ganglion dur, roulant sous le doigt.

Biopsie. — Epithélioma cylindrique. Amputation abdomino-périnéale et mort le même jour.

OBSERVATION VIII

F..., 34 ans.

A depuis six mois des selles plus nombreuses. Quelques glaires sanguinolentes. Douleurs au-dessous de l'ombilic survenant par crises quotidiennes, généralement avant la garde-robe.

Examen. — Rien au toucher rectal ; mais, par le palper bimanuel, on sent une tumeur dure, un peu inégale, douloureuse, que la main hypogastrique renvoie au doigt qui touche.

Trois jours après, rectoscopie. A 14 centimètres au-dessus du bord inférieur du sphincter, on voit la muqueuse découpée, festonnée, rouge ; le bord inférieur d'une tumeur empêche de voir au delà.

Vingt-cinq jours après, amputation abdomino-périnéale, pour cancer recto-sigmoïde. Extirpation périnéale facile. anus iliaque définitif.

Il s'agissait d'un cancer colloïde.

Trois ans après, le malade est toujours en très bonne santé.

OBSERVATION IX

B..., 34 ans.

Il a commencé, il y a quinze mois, à rendre par l'anus des glaires, de l'eau rousse, quelque fois du sang, et à être constipé.

Depuis deux mois, souffre de l'anus : d'abord pesanteur, puis cuisson, brûlure, petites douleurs lancinantes dans la fesse et la cuisse gauche.

Examen. — Anus normal. Dans le rectum on trouve une vaste ulcération surtout développée sur la face postérieure et la paroi latérale gauche. Le doigt dépasse la limite supérieure. L'ulcération est mobile, sauf au niveau de la partie correspondant au lobe gauche de la prostate. Gargouillement cœcal.

Amputation périnéale. Guérison. Sorti de l'hôpital un mois après.

Voici enfin trois Observations plus anciennes dont Chalier parle dans sa thèse :

OBSERVATION X

(Service de M. le Professeur Bérard)

Marie B., 27 ans, guimprière.

Entre le 1^{er} juillet, pour diarrhée et rectorragies. Pas d'antécédents néoplasiques connus. A eu un prolapsus rectal qui disparut à l'âge de douze ans, au moment des premières règles. A depuis très longtemps des troubles digestifs et de la constipation.

La maladie actuelle remonte à neuf mois en arrière. Depuis cette époque, la malade a des selles liquides, glaireuses, muco-membraneuses, peu abondantes. Depuis six mois, elle a des rectorragies survenant à l'occasion de la défécation au même entre temps. Elle n'a jamais souffert beaucoup, mais se plaint de pesanteur dans la région sacrée.

A l'examen. — Bon état général, amaigrissement léger ; anorexie élective pour la viande. Urines normales.

Toucher rectal. — On sent une tumeur pédiculée, irrégulière, bosselée, appliquée sur la face postérieure du rectum, dans la région supérieure de l'ampoule. Elle fait une forte saillie dans la lumière intestinale, sans la rétrécir cependant de façon notable. Elle présente à son centre une vaste surface ulcérée. La rectoscopie permet d'affirmer un cancer du rectum.

5 juillet. — L'exérèse de la tumeur est faite par M. Bérard.

Examen hystologique de la pièce. — Epithélioma cylindrique du rectum, à forme typique, mais maline.

4 août. — La plaie est complètement cicatrisée. Selles régulières tous les matins. Continence sphinctérienne parfaite. On fait la dilatation de la cicatrice opératoire intestinale, et la malade, guérie, sort de l'hôpital le 21 août.

Deux ans et demi après la guérison était maintenue.

OBSERVATION XI

Marguerite P..., 27 ans.

Souffre depuis deux ans de constipation, sans maladies antérieures. La constipation est tenace. La malade n'évacue que quelques fragments de matières aplaties. Les périodes de constipation sont coupées de débâcles très douloureuses.

Depuis six mois, douleurs lombaires vives avec irradiations dans les cuisses, calmées seulement par l'opium à haute dose.

Cessation des règles depuis quatre mois.

Sensation de pesanteur au bas-fond vésical avec gêne constante. Dysurie manifeste. Hémorragies rectales fréquentes. Amaigrissement notable, anorexie, pas d'adénopathie inguinale, Bourrelet hémorroïdaire saignant.

Toucher rectal. — A 5 centimètres de l'anus, tumeur circulaire et sténosante à limite supérieure non appréciable. Par le toucher vaginal combiné au toucher rectal, on se rend compte que la masse néoplasique infiltre complètement le ligament large droit et se trouve fixée contre la paroi pelvienne, de telle façon qu'une opération radicale serait inutile.

On fait un anus contre nature gauche.

La malade meurt cinq jours après, en quelques heures, sans avoir présenté la moindre élévation thermique ni la moindre réaction péritonéale. La mort s'est produite par collapsus cardiaque, sans dyspnée ni cyanose.

Autopsie. — La tumeur rectale, qui commence à 6 centimètres de l'anus, s'étend sur une hauteur de six centimètres. Elle forme un rétrécissement annulaire qui adhère fortement à l'utérus et au sacrum. Pas de métastases.

OBSERVATION XII

Odile C..., 27 ans, cultivateur.

Entré à l'Hôtel-Dieu pour des hémorroïdes.

L'affection date de six mois. Elle a débuté par de la constipation. Depuis, écoulements séro-purulents, parfois sangui-nolents par l'anus. Léger amaigrissement avec perte des for-

ces. Bon état cependant : pas de douleurs, pas d'œdème des membres inférieurs, pas de météorisme ni d'ascite.

Toucher rectal. — A dix centimètres de l'anüs, on sent sur la paroi postérieure une plaque surélevée, très dure, ulcérée au centre, mais non végétante. Le doigt ne peut en atteindre la limite supérieure. Adhérence nette au sacrum.

Pas de ganglions inguinaux. Examen viscéral négatif. Urines normales. Température 37°4.

Première intervention. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'exploration par la main du petit bassin montre que l'S iliaque possède un long méso non infiltré : l'ablation pourra donc se faire par la voie périnéale simple. On fait alors un anus médian, par le procédé de la double ligature, sur la partie supérieure de l'S iliaque, de façon à laisser toute la partie inférieure flottante et abaissable.

Deux jours après, ouverture de l'intestin au thermo-cautère. L'éperon est très net. Lavage du bout inférieur de l'intestin à l'eau oxygénée tous les jours. Bon fonctionnement de l'anüs.

Deuxième intervention (suivant la première de vingt jours). — Extirpation par la voie coccy-périnéale. Incision circulaire avec prolongement postérieur allant au delà du coccyx. Fermeture en bourse de l'anüs avec un fil de soie. Résection du coccyx et de la dernière pièce sacrée. Libération postérieure du rectum après section des releveurs. Libération antérieure assez facile après section du muscle rétro-urétral. En arrière, on continue le décollement : la tumeur, avec ses gros paquets ganglionnaires, adhère fortement au sacrum qu'il faut raser. On revient en avant : ouverture du cul-de-sac péritonéal, au-dessus duquel est la tumeur toute entière. Section des aponeévroses sacro-recto-génitales et section du méso-sigmoïde. Abaissement en masse du rectum qui prend en arrière de la plaie. Fermeture du péritoine. Section de l'intestin entre deux pinces courbes. Fixation du bout intestinal à la peau périnéale, au milieu de la brèche. Drainage en avant et en arrière par des mèches de gaze.

Examen de la pièce anatomique. — Longueur réséquée : 25 centimètres. Il s'agit d'une tumeur bosselée, des dimen-

sions d'une pièce de cinq francs, creusée au centre d'une ulcération peu profonde. Elle occupe la paroi postérieure de la région recto-sigmoïde. En arrière d'elle, se trouve un gros paquet gnaglionnaire, adhérent à la tumeur et entouré du tissu cellulo-grasieux du méso.

Suites opératoire. — Pendant les premiers jours, le malade a un peu de fièvre. On change son pansement chaque jour et on fait des lavages avec une solution d'eau oxygénée à partir du cinquième jour.

Dès le début, le malade a présenté des troubles vésicaux : impossibilité de la miction ; puis, phénomènes de cystite (douleurs, pyurie) non imputables au cathétérisme. Ces phénomènes ont disparu en dix jours environ, grâce aux lavages de la vessie.

Vingt jours après la seconde intervention, le malade présente un très bon état général. L'anus iliaque fonctionne bien. Il va de mieux en mieux et sort au bout de douze jours.

Cinq mois après, le malade vient se montrer. Il raconte qu'à la suite de son opération, il avait repris huit kilogs, mais qu'il en avait reperdu cinq pendant les deux derniers mois. Il a peu d'appétit et se plaint de lancées et de pesanteur pelviennes, qui sont accrues par la marche et la station debout, et qui cèdent sous l'influence du repos au lit. Par l'anus périnéal s'écoulent quelques glaires, mais jamais de sang. Quelques troubles vésicaux : un peu de douleur à la miction qui est plus fréquente. Impuissance génitale complète depuis l'opération ; pas la moindre érection. Pas d'œdèmes. L'anus abdominal médian fonctionne bien : il est étroit et forme presque un sphincter.

Au toucher rectal, on fait facilement saigner le malade ; à bout de doigt, on sent une sténose. Il s'agit manifestement d'une récurrence, mais il est impossible d'en apprécier l'étendue.

On se contente de donner au malade un traitement général.

Une lettre, reçue quelque temps après, nous apprend que le malade va de plus en plus mal. Il souffre horriblement dans les reins, le sacrum et les cuisses ; il n'est même pas calmé par l'opium à hautes doses. Il n'a ni ictère, ni œdèmes et se

cachectise horriblement. La douleur s'irradie jusqu'au talon droit.

Nous apprenons cinq mois plus tard sa mort, survenue dans la cachexie.

Nous avons transcrit presque entièrement cette dernière observation : elle est, en effet, typique du cancer du rectum et peut être prise en exemple.

Et à la suite de ces observations nous transcrivons une fiche que nous a communiqué M. le Professeur Agrégé Cade, bien que le malade dont il s'agit ait légèrement dépassé la limite d'âge que nous nous sommes assigné : mais il est intéressant de voir quelles conséquences peut avoir un diagnostic méconnu.

Soldat de 36 ans.

Entré dans notre service après une hospitalisation préalable de plus de deux mois et traité vainement pour une diarrhée chronique. Il était atteint d'une tumeur sténosante du rectum, dont un simple toucher suffit aisément à affirmer l'existence.

L'affection avait été méconnue, nous était adressé pour mise en observation, avec suspicion de simulation.

Une exérèse de la lésion étant impossible, le chirurgien dut se contenter de pratiquer un anus artificiel.

TROISIÈME PARTIE

DISCUSSION

Nous allons maintenant chercher à tirer, de l'étude de ces observations, quelques notions précises qui puissent servir d'abord à dépister plus facilement cette terrible affection dès son début, puis à la mieux combattre, lorsqu'on la trouvera installée chez un jeune. Certes, nous ne prétendons pas arriver à formuler des règles et à poser des principes résolvant ces importantes questions de manière définitive. Il faudrait pour cela... en admettant encore qu'il soit possible en médecine de parler « *ex cathedra* », ce qui, *a priori*, est contradictoire... que nous disposions d'un très grand nombre d'observations, toutes complètes, et que nous ayons pu étudier le cancer à chacun des stades de son évolution, ce qui ne peut être, puisque, la plupart du temps, on ne s'aperçoit du néoplasme rectal que longtemps après son début. Nous voulons seulement jeter quelques jalons, insister sur certains points jusqu'à présent négligés, attirer l'attention sur ces questions d'autant plus intéressantes que le malade qui en est l'objet est plus jeune, et ainsi faire œuvre utile.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie

De manière générale, les cancers se développent le plus souvent dans les organes exposés aux traumatismes ou aux irritations, en particulier aux irritations chroniques arrivant à créer l'inflammation. Aussi, les cancers intestinaux ont-ils une prédilection marquée pour les endroits où stagnent les matières fécales.

Point n'est besoin d'en dire plus pour comprendre la fréquence des cancers du rectum : Nous l'avons d'ailleurs évaluée plus haut à 5 p. 100 des cancers en général. Et cela nous explique le nombre de ces néoplasmes rencontrés chez les jeunes sujets, étant donné que, d'après les statistiques, ils sont porteurs, triste privilège, de 7 à 8 p. 100 du nombre total des cancers du rectum.

Si nous faisons la moyenne des âges de nos jeunes malades, nous voyons que c'est vers vingt-sept ou vingt-huit ans que les hommes en sont atteints, tandis que les femmes attendent trente ans. Mais cela ne les en préserve pas, car 57 p. 100 seulement des

malades sont des hommes : un peu plus de la moitié des cas.

Si nous recherchons dans les antécédents de ces malades les causes prédisposantes ou efficientes de leur affection, nous ne trouvons aucun renseignement. Dans aucun cas, nous ne voyons d'hérédité cancéreuse, hérédité dont l'absence est spécialement affirmée dans deux de nos observations (I et X).

Cela d'ailleurs ne peut surprendre. En effet, Suter n'accuse que 14,2 p. 100 de cas où il a rencontré l'hérédité, et c'est lui qui donne le chiffre le plus fort de tous les auteurs. Or, comme les cancers du rectum chez les jeunes ne représentent que 0,35 p. 100 du chiffre total des cancers, il n'y aurait guère qu'une demi-chance sur cent au maximum, de découvrir chez un jeune malade une hérédité néoplasique.

Quant aux antécédents personnels, aux maladies locales antérieures, leur influence sur le néoplasme rectal paraît beaucoup plus certaine.

On a incriminé les hémorroïdes et Lowinska, Zinner et Christen ont réuni des statistiques réellement impressionnantes. Chez les jeunes, faut-il les accuser de même ?

Deux de nos malades (Obs. III et XII) étaient porteurs d'hémorroïdes. L'un entre à l'hôpital pour se les faire soigner, leur attribuant sa constipation opiniâtre d'abord, puis les écoulements sanguinolents et séro-purulents qui l'incommodent. L'autre, qui s'en est fait opérer, présente depuis lors des douleurs dont il finit par comprendre la cause en constatant l'apparition, sur la cicatrice même de l'opération, d'une

petite tumeur, qui est reconnue pour être néoplasique.

Faut-il, dans ces deux cas, attribuer aux hémorroïdes une relation de cause à effet avec le cancer ? Nous ne pouvons le croire, surtout dans le premier cas, d'autant plus que le néoplasme était situé à dix centimètres au-dessus de l'anūs et par conséquent assez loin des hémorroïdes. Certes, il est possible qu'elles aient joué le rôle de cause prédisposante ; mais il nous semble plus logique d'admettre que ce soit le néoplasme commençant à se développer qui ait été la cause de celles-ci ou tout au moins des douleurs que le malade localisait sur elles.

Le second cas semble plus net : la tumeur s'est développée sur la cicatrice même de l'opération ; elle paraît n'avoir été qu'une récurrence d'un genre spécial. Pourtant, ne serait-ce pas au contraire le traumatisme opératoire qui aurait été la cause du néoplasme, à moins encore que les hémorroïdes opérées n'aient été que la première manifestation du processus néoplasique en évolution, ce qui paraît plus plausible.

Ces faits ne nous permettent donc que de constater, sans conclure, la présence simultanée sur les mêmes malades d'hémorroïdes et de cancer rectal.

Nous pourrions être, semble-t-il, plus affirmatif, sur le rôle de la constipation dans le développement du néoplasme rectal chez le jeune.

A priori, tout d'abord, en tant qu'agent d'irritation rectale, elle semble devoir lui préparer le terrain, faciliter son éclosion. Et en fait, quatre des malades dont

nous avons cité les observations (I, VII, XI, XII) étaient des constipés chroniques et quatre autres ont indiqué comme commencement à leur maladie une constipation opiniâtre (II, V, VI, IX).

Evidemment, on pourra dire qu'il s'est agi de constipation spasmodique d'origine réflexe, puisqu'elle était suivie de débâcles diarrhéiques entraînant des sécrétions cancéreuses (V). Mais ce n'est là qu'un cas isolé, et les observations (I, VII, XI, XII) sont bien démonstratives à cet égard, la constipation existant longtemps avant l'apparition du cancer.

Une des malades citées (Obs. X) eut un prolapsus rectal disparaissant à l'âge de douze ans. Faut-il établir une relation entre ce prolapsus et le néoplasme qu'elle eut plus tard, à vingt-sept ans ? Nous ne le croyons pas, l'intervalle de temps existant entre les deux affections étant considérable.

Dans deux observations, enfin, le début du néoplasme fut brusque, sans aucune affection antérieure à laquelle on puisse le rattacher (Obs. VI et VIII). Il nous est donc là impossible de lui prêter une cause quelconque.

Aussi, nous nous bornerons à reconnaître l'impuissance du médecin à discerner les véritables causes du cancer, dans les conditions actuelles de la science. On ne pourra d'ailleurs arriver à les bien connaître que lorsqu'on en aura pénétré la nature intime et l'agent microbien ou non, qui en est, en dernière analyse, le créateur. En attendant, rappelons seulement la fréquence relative de l'apparition d'un néoplasme

rectal, parfois chez des hémorroïdaires, plus souvent chez des constipés chroniques. Que l'un soit la cause de l'autre, ou au contraire son effet, ils se conditionnent mutuellement et s'aggravent réciproquement.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique

Le cancer du rectum peut occuper toute la partie terminale du gros intestin, depuis la fin de l'anse omesa jusqu'au sphincter et à l'anus.

Suivant qu'il est haut placé, ayant son extrémité inférieure au niveau du cul de sac péritonéal, en situation moyenne, entre le péritoine et le releveur de l'anus, il est dit sus-ampullaire, ampullaire ou sphinctérien.

Curling prétend qu'il est généralement situé à sept centimètres de l'anus. En fait, il peut occuper toute la surface rectale.

Sur les malades que nous étudions, il est situé une fois à l'anus même, sur la cicatrice d'hémorroïdes opérées (Obs. III), deux fois immédiatement au-dessus du sphincter (Obs. VI et VII), sept fois dans l'ampoule (Obs. I, II, V, IX, X, XI) que dans deux cas il occupe complètement sur une hauteur de quatorze centimètres, et deux fois dans la région recto-sigmoïde (Obs. VIII et XII). Sur douze malades, nous avons donc trois

cas de cancer sphinctérien, sept de néoplasme ampullaire et deux de sus-ampullaire, soit les proportions relatives de 25 0/0, 38 0/0 et 17 0/0, proportions analogues à celles qu'on déduit des statistiques de Kocher, Funke, Zinner, Braïtsef, de Quénu et Hartmann et de nos chirurgiens lyonnais.

Les auteurs sont à peu près tous d'accord pour désigner la face antérieure du rectum comme étant la plus souvent atteinte de néoplasme (dans 75 0/0 des cas) et Zinner explique cette localisation en disant que c'est en ce point que l'irritation mécanique exercée par les matières fécales est à son maximum.

Dans les cas que nous citons, nous ne trouvons qu'une seule fois la tumeur localisée sur cette région (Obs. VI). Par contre, quatre fois (Obs. VII, IX, X et XII) nous la voyons occupant la face postérieure du rectum, une fois occupant la partie latérale droite de la région ano-rectale (Obs. III) et six fois ayant envahi la totalité du rectum (Obs. I, II, IV, V, VIII et XI).

En admettant même que, dans les six cas où le cancer a envahi tout le rectum, il ait débuté par la face antérieure — ce qui a fort bien pu ne pas être — nous ne trouvons donc qu'une proportion de 58 0/0 de cancers localisés à la face antérieure du rectum. Cette proportion est ainsi plus faible que celle indiquée par les classiques; mais nous pouvons peut-être l'expliquer par ce fait que, en raison de leur âge, l'irritation mécanique fécale a duré moins longtemps chez nos malades.

Dans six de nos observations, il s'agit d'une tumeur volumineuse, à bords surélevés, végétante, irrégulière,

parfois pédiculée, faisant saillie dans la lumière intestinale, arrivant même à l'obstruer complètement, au point d'empêcher toute vue plus élevée à la rectoscopie.

Dans trois cas, elle était circulaire et sténosante, arrêtant complètement tout examen digital et donnant même l'impression (Obs. II) d'un véritable tuyau de zinc.

Dans les trois derniers cas, enfin, il s'agissait d'une ulcération du diamètre d'une pièce de cinq francs, existant au centre d'une plaque surélevée.

Nous trouvons donc chez les malades jeunes les trois variétés de cancer rectal généralement décrites avec une prédominance nette de la forme exubérante, bourgeonnante. Il n'est pas dit, d'ailleurs, que ces formes ne se modifient pas et qu'un cancer primitivement exubérant et bourgeonnant ne s'ulcère pas ou ne finisse pas par prendre une allure sténosante.

Dans neuf de nos observations, le néoplasme constaté s'était étendu considérablement en largeur. Dans un cas (Obs. XI) il avait gagné le ligament large droit. Deux fois, nous l'avons vu adhérer à l'utérus et commencer à l'infiltrer, deux autres fois adhérer au sacrum et dans ces deux cas, on a trouvé contre la tumeur un gros paquet ganglionnaire néoplasique.

Chez une malade (Obs. I), la tumeur était adhérente à tous les organes du petit bassin. Chez un dernier malade, enfin (Obs. II), au niveau du pédicule hémorroïdal supérieur se trouvaient de gros ganglions néoplasiques ; la chaîne mésentérique était envahie et le foie, très augmenté de volume, était

farci de cicatrices ombiliquées blanchâtres, recouvrant de nombreux noyaux métastatiques. Chez ce malade, le cancer avait infiltré toute l'épaisseur des tuniques musculaires intestinales.

L'extension en hauteur du cancer est moins fréquente. Dans cinq cas (Obs. II, V, VII, XI, XII), le néoplasme n'avait que six centimètres de haut au maximum : « néoplasme circulaire de quelques centimètres de hauteur » ou « hauteur d'une pièce de cinq francs ».

Dans deux autres cas, la tumeur était étroite, aussi, puisque « le doigt en dépasse la limite supérieure », d'une part, et que, d'autre part, « elle reste sous le plan du périnée ». Ce n'est qu'une seule fois que nous rencontrons un néoplasme occupant la totalité de l'ampoule rectale sur une hauteur de douze centimètres (Obs. IV). Dans tous les cas, il s'agissait d'un épithélioma cylindrique typique malin (Obs. II, VII et X), métatypique (Obs. V) ou atypique à type carcinome (Obs. IV) ou à forme colloïde (Obs. VIII). Il n'est d'ailleurs presque jamais vu de sarcome du rectum chez les jeunes.

Quoi qu'il en soit, sa gravité est toujours grande. Aussi faut-il le dépister le plus tôt possible pour pouvoir l'enlever dans les meilleures conditions possibles; et c'est pour le reconnaître plus vite que nous allons en étudier la symptomatologie.

CHAPITRE III

Symptomatologie et Evolution Clinique

Nous allons étudier la symptomatologie du cancer du rectum chez les jeunes d'après nos observations. Nous examinerons si elle comporte des particularités ou si, au contraire, elle tend à se superposer à celle qu'on constate chez les sujets plus âgés.

A. — PÉRIODE DE DÉBUT

De combien de manières diverses le cancer rectal des jeunes signale son début ! Les symptômes qui semblent au premier abord les moins en rapport avec une affection du rectum sont souvent ceux par lesquels il s'annonce.

— « F... était en bonne santé, lorsque, sans raison apparente, elle perd un peu de sang dans les selles, puis « en mettant son chapeau après dîner » elle est subitement prise, sans aucune douleur, d'une hémorragie anale considérable — trois litres de sang, paraît-il ! — Et on constate l'existence, chez elle, d'un cancer du rectum (Obs. VI). »

— « Y. le C... mobilisé avec sa classe était en excellente santé lorsqu'il commença à ressentir des douleurs sous-ombilicales, d'ailleurs peu intenses, avec ballonnement du ventre et un peu de diarrhée. Celle-ci augmente, l'anémie énormément et nécessite son hospitalisation. » Et on finit par constater qu'il avait un cancer du rectum. (Obs. IV.)

— « Un homme de 28 ans, après avoir traversé une période de constipation opiniâtre, est maintenant atteint de diarrhée profuse qui l'anémie fort (Obs. II). »

— « Depuis dix-huit mois, la malade de notre observation XI souffre de constipation tenace, sans autres phénomènes... » Ce sont aussi deux cancers du rectum.

— « Marie A..., 30 ans (Observation de M. le Professeur Tixier) est atteinte d'occlusion intestinale aiguë pour laquelle on lui fait une cœcostomie. Un mois après, laparotomie médiane... Et on enlève une petite tumeur recto-sigmoïde.

... Nous pourrions citer d'autres cas encore où le mode de début du cancer semblait être composé seulement de symptômes indifférents.

D'après les observations que nous possédons, on peut les classer en trois catégories.

Certains malades, tout d'abord, n'ont que des troubles digestifs, légers et fugaces. Ils viennent se plaindre de manquer d'appétit, ils ont un peu de dyspepsie, leurs digestions sont pénibles. Parfois ils sont constipés. Ils maigrissent un peu et perdent leurs forces. C'est le cas de notre première malade qui, depuis longtemps, avait des troubles digestifs.

D'autres malades sont pris brusquement d'occlu-

sion intestinale aiguë (Obs. de M. le Professeur Tixier, citée plus haut). Si on leur fait un toucher rectal, on pourra quelquefois découvrir un néoplasme plus ou moins haut situé.

Enfin, et c'est là quand même le mode de début le plus habituel du néoplasme rectal, les malades se présentent avec des troubles rectaux.

Tantôt, ils se plaignent de constipation opiniâtre, suivie de débâcles plus ou moins douloureuses.

Observation XI : « La malade souffre depuis deux ans de constipation tenace, « elle n'évacue que quelques fragments de matières aplaties », coupée de débâcles très douloureuses ». M^{me} D..., habituellement constipée, voit sa constipation augmenter depuis dix-huit mois et ne provoque des débâcles que par des purgations. Dans deux autres de nos observations, c'est aussi la constipation qui a été le premier symptôme du néoplasme. »

— Tantôt, au contraire, ils souffrent de diarrhée profuse, glaireuse, parfois sanguinolente, les anémiant, leur faisant perdre leurs forces. — « F... (Obs. VIII), depuis six mois a des selles plus nombreuses, avec quelques glaires sanguinolentes ». — Le malade de l'observation IV est hospitalisé pour diarrhée profuse (vingt selles par jour), cause de son amaigrissement rapide.

— Il arrive aussi qu'une hémorragie est la première manifestation du néoplasme comme c'est arrivé à deux de nos malades (Obs. V et VI). Cette dernière s'aperçoit un beau jour que ses selles sont sanglantes, sans avoir rien remarqué d'anormal avant cette épo-

que. Une autre malade (Obs. X) a en même temps diarrhée et rectorragies.

— D'autres fois enfin, ce sont des douleurs plus ou moins vives, une sensation de pesanteur périnéale, accompagnée de faux-besoins, de lancées s'irradiant dans les fesses ou dans les cuisses qui ouvrent la scène. Mais ce cas est un peu plus rare et, de manière générale, la douleur n'est éprouvée que secondairement.

Il est bien difficile d'ailleurs de faire pareille classification et cette schématisation nous semble mal en rapport avec la clinique. La plupart du temps, en effet, ces différents symptômes sont concomitants, apparaissant presque ensemble, chacun d'eux ayant seulement dans chaque cas une prédominance variable sur les autres.

Une fois, c'est un constipé qui est pris de diarrhée plus ou moins glaireuse ou sanguinolente, s'accompagnant de douleurs plus ou moins vives. Une autre fois c'est une femme qui constate un beau jour que la défécation devient pour elle douloureuse et que ses selles sont sanglantes... Bref ces symptômes peuvent se combiner de mille manières, et il faudra seulement ne pas oublier de songer au cancer du rectum lorsqu'on les constatera chez un malade, même très jeune, et l'examiner spécialement à cet égard. Notons en passant que ce sont bien souvent les rectorragies qui, effrayant le malade, l'amènent chez le médecin : rectorragies que nous pourrions donc appeler « salutaires », par comparaison avec les « hémorragies salutaires » du tuberculeux au début.

Malheureusement, il est rare que le malade « aille consulter » si tôt, et ce n'est trop fréquemment que lorsque la maladie est bien installée qu'il se décide à voir un médecin.

B. — PÉRIODE D'ÉTAT

Progressivement, les petits symptômes du début se sont précisés, exagérés. Leur persistance a fini par inquiéter le malade. Mais il est bien tard, alors, pour pouvoir le soigner efficacement.

I. — *Symptômes fonctionnels*

Les rectorragies qui, au début, dans certains cas du moins, étaient rares, peu abondantes, donnant seulement une teinte rose aux matières, se sont multipliées. Ce n'est plus maintenant seulement au moment de la défécation, qu'elles accompagnent d'ailleurs inmanquablement, qu'elles surviennent. Le néoplasme est ulcéré, saignant, et elles se produisent aussi dans l'intervalle « n'importe quand » (Obs. X). Certès, la quantité de sang évacuée chaque fois n'est généralement pas très considérable, mais la multiplication de ces petites spoliations sanguines, jointe à une diarrhée persistante et à l'action cachectisante du néoplasme peut aboutir très rapidement à une anémie grave avec perte complète des forces.

Obs. XI : « La malade qui a des rectorragies fréquentes a notablement maigri. » — Obs. V : « La malade va à la selle au moins dix fois par jour faisant chaque fois du sang. Elle a considérablement maigri,

et son état général est mauvais. » — « Mme D... (Obs. VII), va à la selle quatre, cinq fois par nuit pour expulser du sang noir : gros amaigrissement; est obligée de s'aliter. »

Tantôt le sang est évacué liquide, rouge, tantôt il se coagule à l'intérieur du rectum et la masse qu'il forme donne au malade des besoins violents de défécation.

— Les douleurs qui, au début, étaient peu intenses, de courte durée, deviennent plus fortes, persistent plus longtemps. Quelquefois elles arrivent à devenir extrêmement violentes, à peine calmées par la morphine. Obs. I : « La malade, au moment où elle va à la selle ressent des douleurs extrêmement vives, qui diminuent ensuite progressivement pour ne reprendre qu'à la selle suivante. — Obs. V : « Depuis un mois, la malade a de très vives douleurs à l'anus, s'irradiant dans les reins. » — Obs. XI : « La malade a depuis six mois des douleurs lombaires vives avec irradiations dans les cuisses, calmées seulement par l'opium à haute dose ». Ces douleurs qui arrivent parfois à empêcher tout sommeil s'irradient tout autour de leur point de départ, dans le ventre, les lombes, les cuisses ou les jambes (Obs. VII) et font prendre au malade les positions les plus bizarres pour essayer de diminuer leur force.

Mais une pareille intensité douloureuse est relativement rare dans le néoplasme rectal, et caractérise les cancers bas placés, anaux et sphinctériens, et l'extension et la généralisation du néoplasme. Il est pourtant un autre cas où les douleurs éprouvées peuvent

être très vives : c'est lorsque le cancer gêne notablement la défécation et que, par son étendue ou son action rétrécissante sur le calibre du tube rectal il oblige le malade constipé dont l'intestin distendu est rempli de gaz et de matières plus ou moins dures et ovillées, à faire des efforts d'expulsion qui, de plus, irritent et éraillent la tumeur au passage de ces pierres fécales.

Dans tous les autres cas, la douleur est généralement peu intense (Obs. X). C'est plutôt une sensation de gêne lombaire continue (Obs. II), de pesanteur, de cuisson, de brûlure à l'anus (Obs. IX), à moins qu'elle survienne seulement au moment des selles pour disparaître immédiatement après, ou encore, qu'elle arrive une heure après le repas (Obs. IV). Parfois, la douleur manque même complètement. Le malade est constipé, a des écoulements séro-purulents et sanguinolents, mais ne souffre nullement (Obs. XII). La malade de notre VI^e observation, par exemple, a une hémorragie de trois litres, de faux besoins, mais pas de douleurs.

Si donc l'hémorragie se voit de manière à peu près régulière dans le néoplasme du rectum, la douleur, elle, même à la période d'état, ne se rencontre pas toujours et, dans la majorité des cas, à moins que la tumeur n'ait gagné autour d'elle et envahi les organes voisins, reste peu intense et plutôt agaçante à cause de sa persistance, que pénible par son intensité.

— Il est beaucoup plus constant de rencontrer chez les malades des écoulements anormaux par l'anus, rapidement parfois même après le début du cancer.

Ce sont d'abord des glaires blanchâtres et des mucosités souvent teintées de sang (Obs. I, II, IX et X).

Bientôt, c'est un liquide muco-purulent (Obs. XII), accompagné de sérosités sanieuses, d'odeur infecte, obligeant le malade à se garnir. — « Mme G... (Obs. V) va à la selle au moins dix fois par jour pour évacuer chaque fois des débris fétides. »

Enfin, lorsque la tumeur est ulcérée, c'est un liquide ichoreux, sanieux, extrêmement fétide, qui peut suinter continuellement et incommoder sérieusement le malade et son entourage.

Presque toujours, ces glaires muco-purulentes sont aussi mélangées aux garde-robes. Elles les enveloppent, les précèdent ou les continuent. Celles-ci sont de plus en plus irrégulières. Symptôme de début, cette irrégularité ne fait que croître. La constipation arrive à durer une semaine et plus. Les débâcles diarrhéiques sont d'autant plus douloureuses et aucune thérapeutique n'arrive à régulariser les fonctions intestinales.

Certains malades, tout en ayant continuellement besoin d'aller à la selle, ne peuvent arriver à l'exonération que par des lavements (Obs. VI). D'autres, malgré tous leurs efforts, n'arrivent à évacuer que des matières aplaties, rubanées, comme passées à la filière (Obs. XI).

D'autres enfin (Obs. IV), malgré tous les astringents, continuent à avoir dix, quinze, vingt selles par jour et plus. C'est dans ces cas-là surtout, lorsque les symptômes fonctionnels sont peu nets, qu'il faut s'attacher aux signes physiques d'un mal auquel il faut toujours penser et les rechercher tous, systématiquement.

II. — *Signes physiques*

Nous ne parlerons pas des cas où la tumeur est visible (Obs. III) au niveau de l'anus, mais seulement des cas où elle est intra-rectale.

Le toucher, tout d'abord, fournira les plus grands renseignements. Bien pratiqué, c'est-à-dire avec douceur, lentement, le malade étant couché les jambes ployées, il est bien rare qu'il ne permette pas de découvrir l'existence du néoplasme et dans la plupart des cas d'en déterminer la hauteur. Il faut que celui-ci soit situé haut, hors de l'atteinte du doigt, qu'il soit recto-sigmoïdien (Obs. VIII) pour n'être pas perçu. Suivant les cas, après avoir franchi librement le sphincter le doigt, rencontrera plus ou moins haut dans l'ampoule, sur une de ses faces, un épaississement de la muqueuse, à bords surélevés, plus ou moins rond, assez souvent de la taille d'une pièce de cinq francs environ, et parfois ulcéré à son centre. D'autres fois, on aura l'impression d'une masse bourgeonnante, parfois pédiculée, diminuant le calibre du tube intestinal (Obs. IV), l'obstruant peut-être même complètement.

On trouvera encore une tumeur circulaire, annulaire, en virole, durcissant les parois du tube intestinal au point de donner l'impression d'un véritable tuyau de zinc (Obs. II) et empêchant la muqueuse de se plisser sous le doigt comme elle le fait normalement. Elle pourra s'accompagner de sténose serrée, rendant impossible tout examen supérieur (Obs. XI).

Dans d'autres cas, enfin, il faudra aller presque à

bout de doigt pour sentir la tumeur. Dans ces cas où elle est haut située, il faudra, avec Kocher, Krasning et Jaffe recommander au malade de pousser en contractant sa paroi abdominale; on pourra ainsi sentir à bout de doigt un rétrécissement, une induration ou un bourgeonnement, suffisants pour aiguiller l'observation vers le néoplasme et le lui faire rechercher par les autres moyens d'exploration à sa disposition.

Dans le cas où le toucher rectal aura été négatif, il ne faudra pas s'en contenter pour nier la possibilité d'un néoplasme. S'il s'agit d'une femme, il faudra pratiquer un toucher vaginal qui permettra parfois de découvrir la tumeur qui échappait au premier examen; si c'est un homme, il faudra combiner au toucher le palper bimanuel. La main hypogastrique renverra au doigt qui touche la tumeur, s'il y en a, et il sera facile alors à celui-ci de la percevoir (Obs. VIII).

Mais le toucher ne renseigne pas seulement sur l'existence d'un cancer rectal. A moins que celui-ci ne soit trop élevé ou trop étendu, il permet d'en percevoir la forme et les dimensions, les caractères de mollesse ou d'induration, d'ulcération ou de sténose (voir les observations). Il permet aussi de savoir s'il est libre, mobile ou s'il est fixé, adhérent aux organes du petit bassin, prostate, utérus, ligament large ou au sacrum, et par conséquent s'il s'est étendu, infiltrant tous les organes du voisinage de noyaux métastatiques locaux et rendant toute opération radicale, toute exérèse rectale inutile par l'impossibilité où se trouvera le chirurgien d'enlever tous les tissus malades et par conséquent d'éviter une récurrence rapide

et certaine. C'est ainsi que par le toucher rectal, on se rend compte chez la malade de l'observation XI que la tumeur infiltre complètement le ligament large droit, et se trouve fixée contre la paroi pelvienne « rendant toute opération radicale inutile. »

De même, il permet de constater l'existence de ganglions rétro-rectaux. Chez Mme D... (Obs. VIII), le doigt au-dessus de la tumeur perçoit une muqueuse saine, mais à travers la paroi rectale sent dans l'excavation sacrée, un gros ganglion dur et mobile, qu'il fait rouler.

Enfin, grâce à lui, le médecin est renseigné sur l'intégrité du sphincter, appréciant la facilité avec laquelle il se contracte volontairement autour de son doigt ou au contraire son degré d'inertie.

Quoi qu'il en soit, même dans les cas où le toucher aura été facile et nettement positif, il ne faudra pas s'en contenter. Il faudra de plus, chaque fois que faire se pourra, rectoscooper aussi bien les néoplasiques rectaux avérés que tous les malades, surtout les tout jeunes, dont les symptômes plus ou moins semblables à ceux que nous avons décrits, pourront laisser entrevoir, chez eux, la possibilité d'un cancer rectal.

Et c'est ainsi, grâce à cette pratique inoffensive, trop souvent négligée actuellement, qu'il sera possible de dépister des cancers à leur début, que le toucher n'aurait pu signaler et qui n'auraient pas été visibles à la radioscopie. C'est ainsi qu'on aura des notions nettes sur les cancers haut placés, inaccessibles au doigt.

Grâce à la rectoscopie (Obs. II), le chirurgien pourra

« voir » la position et la forme de la tumeur qu'il voudra opérer. Dans certains, cas, elle lui montrera la non existence du cancer qu'il s'apprêtait à enlever, se basant sur les symptômes présentés par son malade. Dans d'autres cas, au contraire, elle révélera au médecin la vraie cause de prétendues manifestations entérocologiques, comme cela est malheureusement arrivé.

Un de ses plus`grands mérites, à notre avis, est de permettre, sous le contrôle de la vue une facile biopsie. Celle-ci, en effet, est souvent nécessaire pour pouvoir poser un diagnostic absolument ferme, d'où dépendra peut-être la nécessité d'une grave intervention chirurgicale. Comment se prononcer parfois en se contentant du toucher et de la rectoscopie, entre un cancer, un polype ou des manifestations tuberculeuses ou syphilitiques. L'examen histologique seul peut trancher la question et permettre l'exactitude absolue du diagnostic. Nous citons l'observation d'un malade de 20 ans (Obs. IV) chez lequel l'âge et les antécédents bacillaires avaient fait penser à une tuberculose rectale et pour lequel le diagnostic de cancer du rectum ne put être fait, trop tard, que grâce à une biopsie.

Nous ne décrivons pas ici l'instrumentation et la technique de la rectoscopie, pas plus que celle de la biopsie. Nous tenons seulement à montrer les services qu'elles peuvent rendre et ce qu'on peut en attendre pour le plus prompt diagnostic, de primordiale importance, du cancer rectal, surtout chez les jeunes. C'est pour cela que nous parlerons aussi de la radioscopie du rectum.

On peut en obtenir (Obs. II) après injection d'un lavement baryté ou bismuthé ou dans d'autres cas, vingt-quatre heures après l'ingestion d'une bouillie de même composition, de très utiles renseignements sur le siège exact ou la limite supérieure de cancers recto-sigmoïdiens, difficilement perceptibles au doigt ou impossibles à voir avec le rectoscope à long tube, dans les cas où il ne peut passer. Dans ces cas, c'est l'examen après lavement opaque qui nous paraît fournir les plus utiles renseignements.

III. — *Signes généraux*

Ils sont en rapport avec la marche de l'infiltration néoplasique. Nous n'insisterons pas, nous contentant de citer l'amaigrissement parfois considérable des malades (Obs. II, IV, V et XI), d'autres fois, au contraire, léger, avec conservation d'un état général pendant longtemps assez bon (Obs. I, X et XII), l'anémie, la cachexie progressive avec anorexie, et cette pâleur jaune paille ou cireuse trop bien connue.

C. — EVOLUTION ET PÉRIODE TERMINALE

Nous pouvons tout d'abord affirmer que s'il n'est pas soigné, tout cancer s'aggrave sans cesse, se développe sans arrêt et tue bientôt son porteur.

Le néoplasme rectal n'échappe pas à la loi générale. Après être resté plus ou moins longtemps latent, puis dans une période d'état bien caractérisée, avoir présenté tous ses caractères, et avoir fait subir au malheureux qui en était porteur tous les ennuis, la gêne et les douleurs que nous avons décrits plus haut,

il devient tous les jours plus envahissant. Son extension aggrave les symptômes précédemment observés. Les douleurs deviennent déchirantes, abominables, la gêne locale est atroce, la constipation absolue allant jusqu'à la sub-occlusion. Un ichor fétide s'écoule de l'anus, entrecoupé d'hémorragies. Des abcès torpides peuvent se constituer tout autour. Souvent, le sphincter ne fonctionne plus et le malade, se salissant sans cesse, reste continuellement souillé, mouillé, d'où production rapide d'érythème, d'intertrigo et de placards ulcérés. L'anorexie est complète ; l'amaigrissement énorme et la cachexie intense. Le malade s'affaiblit de plus en plus et meurt d'anémie séreuse. D'autres fois, à la suite de métastases, il prend de l'ictère, de l'ascite ou un épanchement pleural et meurt de généralisation cancéreuse. Il peut enfin avoir des complications : occlusion, perforation intestinale, accidents urinaires, phlébite le plus souvent double, toutes complications ou métastases qui lui éviteront de trop longues souffrances...

De quelque manière que ce soit, la règle est formelle : « il mourra »... et vite. La durée moyenne de la maladie est d'environ un an, souvent quelques mois seulement. Pour les classiques, elle ne dépasse pas dix-huit mois.

Nous ne décrirons pas davantage l'évolution terminale et les complications tardives du cancer du rectum. Ce qu'il faut, c'est en bien posséder le mode de début habituel et ses formes anormales pour pouvoir le découvrir tôt, très tôt, lorsqu'il sera encore opérable, c'est-à-dire avant que des cellules cancéreuses

n'aient envahi le voisinage, rendant inefficace toute intervention. Ce qu'il faut, c'est ne pas prendre une diarrhée ou une hémorragie symptomatiques pour des manifestations entérocologiques ou hémorroïdaires et ne s'apercevoir de son erreur que lorsqu'il sera trop tard.

Et nous voyons d'ailleurs qu'il n'y a pas de différences marquées entre la symptomatologie du néoplasme chez le jeune et celle qu'on constate chez les sujets plus âgés, sauf peut-être un mode de début plus discret, moins caractéristique et une évolution plus rapide, d'où la nécessité encore plus grande d'en faire un diagnostic très précoce, que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Le diagnostic du cancer du rectum sera basé, naturellement, sur les symptômes par lesquels il se traduit habituellement. On en recherchera les symptômes fonctionnels (alternatives de constipation et de diarrhée, douleurs et hémorragies, écoulements anormaux par l'anus), les signes physiques que montreront facilement le toucher rectal, la rectoscopie, la biopsie et la radioscopie et les signes généraux. Ainsi, dans beaucoup de cas, le diagnostic sera facilement fait.

Mais nous ne prétendons pas qu'à son début, il soit toujours aussi facile à reconnaître. Dans le cas, par exemple, où la diarrhée reste pendant longtemps le seul symptôme et où le malade n'accuse aucun autre trouble, la possibilité d'un cancer rectal peut fort bien ne pas traverser l'esprit du médecin, qui ne fera donc pas le toucher qui l'aurait éclairé. A plus forte raison ne le fera-t-il pas si le malade n'accuse que des troubles dyspeptiques (type de Gosselin). Dans d'autres

cas, enfin, où les douleurs, à siège hypogastrique, sont compliquées de troubles de la miction, le diagnostic ne sera-t-il pas plus facilement encore égaré ? Beaucoup de cancers restent longtemps latents et nécessitent, pour les dépister, la plus grande attention clinique. D'autres sont masqués et ont à l'examen l'apparence de lésions d'une autre origine.

Nous ne parlerons pas des hémorroïdes qu'il est aisé de distinguer en se servant d'un simple spéculum et qu'une médication générale et des suppositoires auront vite fait calmer.

Mais le diagnostic sera déjà délicat avec les tumeurs bénignes (polypes rectaux et fibromes). La base d'implantation des polypes ne repose pas sur une tumeur tandis que le néoplasme pédiculé (Obs. III) repose sur une plaque indurée et plus ou moins adhérente aux tissus voisins. Les polypes sphacélés ressemblent plus encore au cancer et, dans ces cas, l'examen histologique seul pourra trancher la question. De même, celui-ci pourra être nécessaire pour distinguer un adénome chez l'enfant.

Il faudra aussi faire le diagnostic avec les tumeurs villeuses du rectum. Au toucher, elles semblent plus souples que le cancer malin et la muqueuse sur laquelle elles sont développées reste mobile sur les tissus voisins. Histologiquement, ce sont aussi des épithéliomes cylindriques, mais bénins, sans extension profonde, développés à la surface de la muqueuse et leur traitement est beaucoup moins rigoureux, chirurgicalement parlant : d'où l'impérieuse nécessité d'être fixé pour ne décider une intervention large que

dans la mesure où elle sera absolument nécessaire.

Il faudra penser aussi, en constatant une sténose rectale, après avoir éliminé la bride du rétrécissement congénital qui siège à trois centimètres environ de l'anus, à la possibilité d'une rectite gonococcique ou dysentérique amenant ultérieurement un rétrécissement inflammatoire. L'interrogatoire du malade, l'examen des selles, la recherche de la goutte uréthrale fixeront ces deux points.

Mais le plus important du diagnostic, dans un très grand nombre de cas sera de distinguer entre une tumeur néoplasique et des manifestations tuberculeuses ou syphilitiques qui lui ressemblent parfois étrangement.

Le rétrécissement tuberculeux est plutôt rare ; mais on ne l'éliminera qu'après avoir recherché si le malade ne présente aucune lésion bacillaire en l'auscultant avec soin et en l'examinant complètement.

La sténose syphilitique, plus fréquente, rigide tuyau de plomb à parois connelées admettant à peine le doigt, ne pourra pas toujours être discernée par le seul toucher.

On cherche à savoir du malade s'il n'a jamais eu d'accidents vénériens, on en recherchera les cicatrices ou la présence. On pourra faire un Wassermann ou la réaction préconisée par Gaté. Enfin, la biopsie après rectoscopie permettra de trancher la question par un examen histologique.

Pourquoi, d'ailleurs, dans tous les cas où le diagnostic n'est pas absolument net et où l'on a encore un léger doute après le toucher qu'il faudra toujours

faire, rester dans cette incertitude et ne pas se servir de la radioscopie, de la biopsie et de la rectoscopie. Complètement inoffensive, indolore et facile jusqu'à quinze centimètres (très souvent, avec un peu d'habitude on arrive jusqu'à vingt-cinq, trente et même trente-cinq centimètres), elle donnera des renseignements extrêmement intéressants, et dans beaucoup de cas, suffisants pour trancher définitivement le diagnostic.

Si elle n'est pas suffisante, quoi de plus facile, alors, que de faire pénétrer par le tube une pince de Sultan, de Brunnings ou de Strauss, de la conduire sur la partie à examiner et d'en sectionner un petit fragment, sans même que le malade le sente.

La biopsie seule donne la certitude absolue en permettant l'examen histologique qui, s'il ne renseigne pas sur la plus ou moins grande malignité de la tumeur observée, permet du moins d'affirmer la nature cancéreuse ou non de cette tumeur.

Et si nous ne citons que maintenant la rectoscopie, ce n'est pas qu'elle soit négligeable : ses enseignements sont très nets. Mais l'installation qu'elle nécessite ne peut, malheureusement, se trouver chez tous les médecins, et c'est seulement dans les services hospitaliers ou chez les spécialistes qu'il sera possible de s'en servir.

Après avoir posé, grâce à ces différentes méthodes, le diagnostic ferme de cancer du rectum, il faudra songer à sa thérapeutique. Pour cela, il faudra d'abord chercher à préciser le degré d'extension, de mobilité ou d'adhérence de la tumeur, et enfin le degré de l'en-

vahissement ganglionnaire.

Suivant les cas, la thérapeutique instituée sera curative ou palliative : opération radicale ou intervention de secours, et nous allons maintenant l'étudier en parlant du traitement du cancer du rectum.

CHAPITRE V

Traitement

Le cancer du rectum s'aggravant fatalement et sûrement sans rémission, doit être opéré chaque fois que son exérèse est possible. Chaque fois que son extension n'est pas telle qu'on ne puisse enlever tous les tissus malades, il faut, le plus vite possible, procéder à son extirpation. C'est pour le malade une question de vie ou de mort, la rapidité d'extension du néoplasme étant formidable. (Nous le voyons bien, par exemple, dans l'observation I, où les lésions qui ont envahi et cartonné tout le rectum ont « plus que doublé » en un mois).

L'état général du malade, à moins qu'il ne soit tout à fait trop mauvais, n'est pas une contre-indication opératoire. De même, la présence de sucre dans ses urines. Les métastases nettes seules doivent arrêter le chirurgien à cause d'abord de l'absence de soulagement durable que l'exérèse des formations néoplasiques pourrait faire ressentir au malade, puis qu'une partie seule en serait extirpée, puis surtout à

cause du coup de fouet donné par l'intervention à la malignité des cellules cancéreuses restantes, les faisant proliférer plus rapidement et se répandre plus vite dans tout l'organisme.

Somme toute, quelle que soit la hauteur du cancer, qu'il soit ampullaire ou recto-sigmoïdien, entièrement accessible au doigt ou trop élevé pour lui, chaque fois qu'il sera mobile, ou tout au moins qu'il ne sera pas complètement fixé, cloué, adhérent à la vessie ou au sacrum, il faudra l'opérer.

L'audace des chirurgiens grandit heureusement de plus en plus. Hochenegg, Faure et Morestin ont beaucoup reculé la limite d'opérabilité efficace du cancer rectal et son adhérence à la prostate, aux vésicules séminales, au vagin, à l'utérus et aux annexes ne les empêchent plus de pratiquer des interventions radicales couronnées du plus brillant succès.

La voie la plus employée, celle qui permet le mieux de voir la lésion, de l'enlever et de réparer les dégâts opératoires est la voie abdomino-périnéale. L'ouverture périnéale seule n'est pas suffisante pour se rendre compte de la limite exacte des lésions, de leur envahissement et pour permettre leur exérèse complète. Il faut lui combiner une incision abdominale, une laparotomie au moins exploratrice.

Nous ne voulons pas décrire la technique de l'opération : Mondor l'a fait magistralement. Nous rappellerons seulement que, suivant les chirurgiens, suivant les cas aussi, deux variétés principales d'intervention sont employées : amputation abdomino-périnéale

avec anus iliaque définitif, ou amputation abdomino-périnéale avec anus périnéal.

De plus en plus, l'opération est faite en deux temps. Un premier temps abdominal permet de voir exactement les lésions, de préciser leur étendue et le degré d'envahissement des organes voisins et de se rendre compte si le colon pourra être suffisamment abaissé pour qu'il soit possible de pratiquer un anus périnéal. Dans le cas contraire, la laparotomie permet la recherche et la fixation à la paroi de l'anse intestinale la plus propre à établir un anus contre nature. Cet anus contre nature permet de faire regresser les tissus inflammatoires, et on est surpris de voir un gros cancer modifier ses dimensions, après l'intervention.

Un second temps périnéal permet l'exérèse facile de la tumeur et des tissus voisins envahis, séparés des autres déjà pendant le premier temps de l'opération, et dans certains cas le rétablissement de l'anus périnéal.

Deux des malades dont nous donnons les observations furent opérés en employant la voie abdomino-périnéale en un seul temps. (Observ. IV et VI.)

Deux autres furent opérés en deux temps (Observ. III et XI), ceux-ci étant séparés par un intervalle respectif de vingt et vingt-trois jours, et deux enfin n'eurent qu'une amputation périnéale (Observ. V et VIII).

Lorsque le cancer est trop étendu pour qu'on puisse songer à une opération radicale, lorsque, par exemple, tous les organes du petit bassin sont envahis, ou que des métastases ont gagné le foie ou le poumon, il faut essayer la radiumthérapie. Nous citons l'ob-

servation d'un malade chez lequel des applications locales de radium ont fait diminuer la tumeur de plus d'un tiers. Si ce dernier moyen échoue, il faut au moins soulager de son mieux le malade et le prolonger. Sa douleur sera calmée par la morphine, des suppositoires à l'extrait thébaïque ou des lavements laudanisés.

L'établissement d'un anus contre nature, surtout dans le cas de sub-occlusion, lui évitera les douleurs de la défécation produites par le passage des matières contre le néoplasme ulcéré, ou l'intoxication subaigue, due à la rétention stercorale. C'est généralement un anus iliaque gauche (Observ. II, III, IV et XI) et qui peut dans certains cas permettre une survie relativement longue. Nous disons « survie », car le malade est malgré cela condamné à brève échéance.

Ce n'est pas à dire que lorsqu'il aura pu être soumis à l'exérèse de sa lésion, le malade puisse toujours se considérer comme définitivement guéri ; malheureusement non. Nous ne le verrons que trop en parlant maintenant du pronostic du cancer du rectum.

CHAPITRE VI

Pronostic après l'Opération

Tout cancer opéré et « complètement » enlevé sans qu'il reste dans l'organisme une seule cellule néoplasique ne récidive pas : telle est la règle.

Mais combien cette règle, si facile à énoncer, est difficile à mettre en pratique. Combien difficile sera l'extirpation complète de tous les éléments néoplasiques d'une tumeur rectale, sans en oublier qui seraient le germe d'une récidive, sans laisser le plus petit ganglion infiltré.

Aussi, à la fameuse question posée par tout malade : « Docteur, est-ce grave ? » sera-t-on assez gêné pour répondre. Si le cancer est inopérable, l'opinion du médecin sera immédiatement faite, et il mentira sciemment. Il avertira, bien entendu, sa famille et lui dira la vérité. Mais si le néoplasme semble opérable, relativement jeune, peu étendu, assez mobile, pourra-t-il sans crainte rassurer son malade ? La tumeur est extirpable, c'est entendu. Mais sera-t-il possible d'enlever tous les éléments infiltrés ; et même si le chirur-

gien croit en avoir fait une exérèse complète, ne restera-t-il pas, peut-être, quelques cellules néoplasiques complètement invisibles et insoupçonnables dans des organes sains en apparence. De plus, la mortalité opératoire est considérable : 37 % d'après Hartmann. Nous citons le cas d'un malade qui mourut le jour même de l'opération (Observ. VII) et celui d'un second qui mourut cinq jours après (Observ. XI).

Et même si, après l'intervention chirurgicale, le malade semble guéri, ne souffrant plus, reprenant du poids, sentant ses forces lui revenir, pourra-t-il croire à une guérison définitive, à une délivrance complète ?

Combien souvent, au bout de six mois, un an, dix-huit mois il sentira les mêmes symptômes le reprendre qui, cette fois, le mèneront rapidement au tombeau. Il restera peut-être même plus longtemps dans une santé complète, se croira guéri, suivant cette vieille opinion qui voulait qu'un cancer opéré depuis plus de trois ans sans récurrence ait disparu à jamais, puis il en éprouvera à nouveau les atteintes. Certes, il ne faut pas noircir un pronostic déjà bien chargé. Nous ne prétendons pas qu'on ne puisse, par une opération précoce et une exérèse large, guérir d'un cancer du rectum et qu'on ait d'autant plus de chances d'en être débarrassé à jamais qu'il y aura plus longtemps qu'on en aura été opéré. Nous affirmons seulement que, quel que soit le cas, le pronostic doit toujours rester réservé, même lorsque la guérison semble depuis quelque temps complète. Deux des malades dont nous parlons (Observ. IV et VI) moururent trois et six mois après l'opération. Deux autres (Observ. V

et XII) semblaient complètement guéris pendant trois et neuf mois, puis ressentirent les signes d'une récurrence qui les emmena dix mois et huit mois après qu'ils en eurent ressenti les premières atteintes. Enfin, cas heureux, deux malades (Obs. VIII et X), deux ans et demi et trois ans après l'exérèse de leur cancer rectal étaient toujours en parfaite santé.

Nous pouvons donc conclure que, pratiquement, un malade porteur d'un cancer du rectum aura d'autant plus de chances de guérir définitivement qu'il sera opéré plus tôt, que l'exérèse de sa tumeur sera plus large, et que, une fois opéré, il y aura plus de temps qu'il aura été soumis à l'intervention.

CONCLUSIONS

1° C'est de cinquante à soixante ans que se rencontre le plus souvent le cancer du rectum ; mais, dans 3,50 p. 100 des cas, les malades qui en sont atteints n'ont pas plus de trente ans, dont 5 p. 100 appartenant au sexe masculin.

Les sujets de moins de trente-cinq ans, chez lesquels nous étudions le cancer rectal, revendiquent 7 à 8 % du nombre total des cas de cette localisation néoplasique.

2° En l'état actuel de la science, il n'est pas possible de connaître l'étiologie exacte du cancer du rectum, quel que soit l'âge du sujet.

3° Comme chez les gens âgés, le néoplasme rectal des jeunes, le plus souvent ampullaire (dans 58 % des cas), peut être recto-sigmoïdien (17 %) ou sphinctérien (25 %). Il est situé généralement sur la face antérieure du rectum (58 % des cas), et c'est, dans la plupart des cas, une tumeur volumineuse et bourgeonnante dont l'extension se fait plutôt en largeur vers l'utérus, le sacrum et les organes du petit bassin. Histologiquement, c'est un épithéliome typique, métaty-

pique ou atypique, toujours malin, et non un sarcome, comme on le voit plus fréquemment chez les malades âgés.

4° Bien que la symptomatologie de début du cancer rectal chez les jeunes sujets puisse être fort variée elle ressemble à peu près à celle qu'on constate chez les malades plus âgés, si ce n'est qu'elle est moins nette et caractéristique.

Les malades, le plus souvent, se plaignent de troubles rectaux : troubles de la défécation, constipation, diarrhée, hémorragies, faux-besoins, et, moins souvent, douleurs.

A la période d'état, ces symptômes s'accusent davantage, et par le toucher rectal, la rectoscopie, la biopsie complémentaire et la radioscopie, il sera facile d'être renseigné sur la tumeur et ses caractères.

L'évolution de la maladie chez les jeunes est extrêmement rapide (de quelques mois à dix-huit mois au maximum), plus rapide que chez les gens âgés, d'où la nécessité d'un diagnostic et d'une intervention très précoces.

5° Le diagnostic du cancer rectal au début peut être délicat, mais est toujours possible. On éliminera les lésions susceptibles de le simuler en combinant le toucher rectal, la rectoscopie et la biopsie.

6° Le traitement de choix du cancer du rectum opérable, c'est-à-dire complètement extirpable, est l'amputation abdomino-périnéale, pérédée ordinairement d'un anus contre-nature, établi en un premier temps.

Il faudra soulager le cancéreux non susceptible

d'une exérèse, après avoir essayé la radiumthérapie, qui donne parfois des succès, par un anus contre-nature iliaque.

7° Le pronostic post-opératoire du cancer du rectum, plus encore chez le jeune, doit être toujours réservé, même dans les cas qui semblent favorables, et la récurrence devra longtemps être crainte après son ablation chirurgicale.

8° Pour nous résumer : le cancer du rectum chez les jeunes sujets est beaucoup plus fréquent qu'on ne pourrait le croire, et son diagnostic, très précoce, étant d'une importance capitale en face d'une lésion dont l'évolution à cet âge est très rapide, il faudra que le médecin pense à sa possibilité chez le jeune, s'efforce de le dépister sous ses formes les plus masquées, et le fasse opérer sans attendre, chaque fois que l'intervention radicale paraîtra possible.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

L. BÉRARD.

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 7 Juin 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLENHAM. — *Diseases of the rectum*, London, 1875.
- E. BERNARD. — Complications du cancer du rectum (*Thèse de Lyon*, 1912).
- BRAÏTSEFF. — Le cancer du rectum (*Thèse de Moscou*, 1910).
- CADE. — Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin.
- CHALIER. — Thèse inaugurale 1910 : « Le traitement chirurgical du cancer du rectum ».
- DESFORGES-MERIEL. — Essai sur le traitement opératoire du cancer du rectum (*Thèse de Toulouse*, 1897).
- HASSLER (G.-L.). — Contribution à l'étude des récidives dans le cancer du rectum (*Thèse de Toulouse*, 1897).
- L. KUPPERLÉ. — *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1904.
- MARTIN DU PAN. — *Revue de Chirurgie*, 1906.
- MAYO. — *Injuries and diseases of rectum*, London, 1893.
- MÉNÉTRIÉR. — Le cancer in *Nouveau Traité de Médecine*.
- MOLLIÈRE. — *Traité des maladies du rectum et de l'anus*... ..
- MONDOR (Henri). — Thèse inaugurale 1914 : « Contribution à l'étude du cancer du rectum ».
- PAUCHET. — *Journal des Praticiens*, juillet 1918.

PETERSEN et COLMERS. — *Beitrage z. Klinische chirurgie*, 1904, t. XLII.

POTHERAT. — *In « Traité de Duplay et Reclus »*.

QUAIN. — *Proc. of the Path. Soc. of London*, 1846.

QUÉNU et HARTMANN. — *Chirurgie du rectum*.

REBOUL et DUNET. — *Bulletin de la Société de Médecine de Lyon*, 1922.

RONCHET. — *Thèse inaugurale sur le cancer du rectum*.

W. WENDEL. — « Zur statistik und therapie der Rectumcarcinome », in *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1899.

TABLE DES MATIÈRES

Préambule	9
Première partie. — Généralités	12
Deuxième partie. — Observations	17
Troisième partie. — Discussion	32
Chapitre premier : Etiologie	32
Chapitre II : Anatomie pathologique	38
Chapitre III : Symptomatologie et évolution clinique.	42
A.— Période de début.	42
B.— Période d'état :	
1. Symptomes fonctionnels	46
2. Signes physiques	50
3. Signes généraux.	54
C.— Evolution et période terminale.	54
Chapitre IV : Diagnostic	57
Chapitre V : Traitement	62
Chapitre VI : Pronostic après l'opération	66
Conclusions.	69
Bibliographie	72
